

# Auditverslag

## AZ Zeno



## Knokke

## België

**Datum auditbezoek:** 8 t/m 10 november 2022  
**Assessment:** Overbruggingsaudit  
**Assessmentprocedure:** 2021 -2022  
**Niveau accreditatie:** goud  
**Niveau toetsing:** goud  
**Vastgesteld op:** 2 december 2022

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## Inhoud

Inleiding .....	3
1. Samenvatting .....	4
1.1 Auditinformatie.....	4
1.2 Conclusies auditteam .....	7
1.3 Overzicht per normenset.....	11
1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR) .....	13
2. Overzicht beoordelingen op niveau goud .....	14
2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....	14
2.2 Normensets.....	15
3. Overzicht beoordelingen op niveau platina.....	16
3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....	16
3.2 Normensets.....	16
4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant .....	16
4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen .....	16
4.2 Normensets.....	16
5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren .....	17
5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen .....	17
5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen .....	22

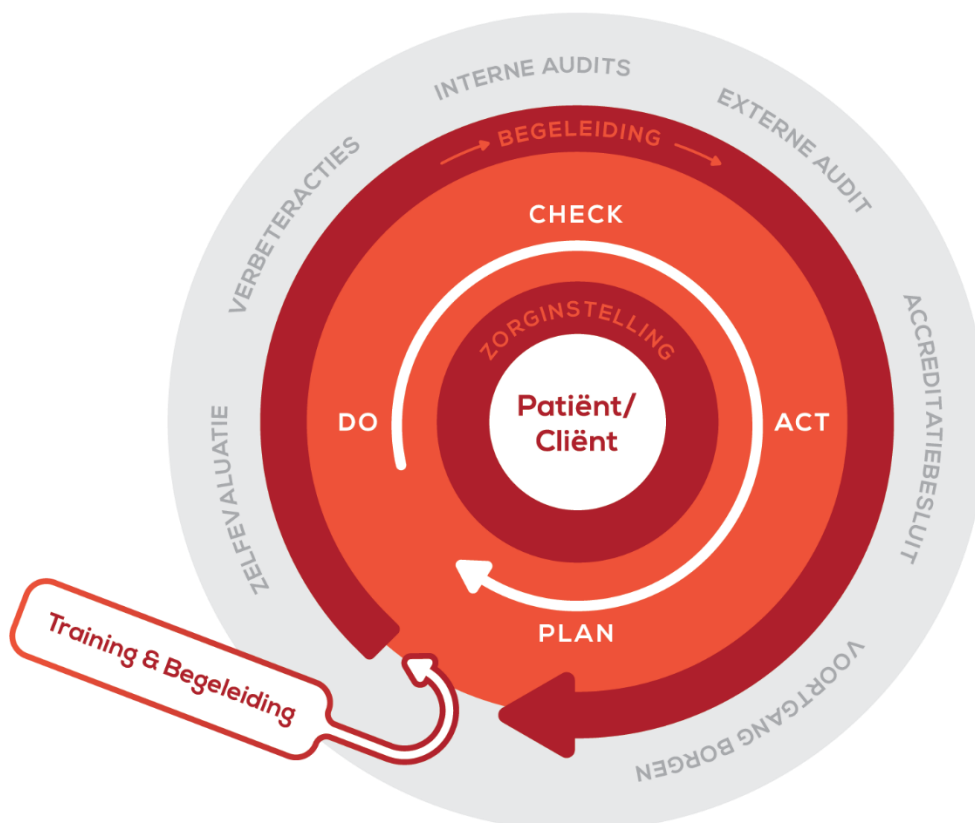
Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

## Inleiding

Qmentum Global is een internationaal assessmentprogramma dat is ontwikkeld op basis van uitgebreid onderzoek en ervaringen op het terrein van assessment in de gezondheidszorg. Het uitgangspunt van het programma is dat kwaliteitsverbetering tot stand komt door kennisoverdracht en draagvlak in zorgorganisaties. Dit betekent dat medewerkers uit alle onderdelen van een organisatie op één of andere wijze betrokken zijn bij kwaliteitsverbetering en het assessmentproces. Het gaat dus zowel om bestuurders, artsen, verpleegkundigen, staffunctionarissen, medewerkers van ondersteunende diensten, managers en verzorgenden. Het programma biedt zorgorganisaties een kwaliteitskader en instrumenten om de eigen organisatie aan het kwaliteitskader te toetsen.

Qmentum Global doorloopt een assessmentcyclus die start met de aanmelding door de instelling bij het programma. Vervolgens wordt de instelling begeleid bij het voorbereiden en uitzetten van de zelfevaluatievragenlijsten in de organisatie. De zelfevaluatie leert de instelling waar acties nodig zijn. Met het actieplan gaat de instelling aan de slag, waarna de interne audits en het externe auditbezoek plaatsvinden. Vervolgens ontvangt de instelling het auditverslag en assessmentbesluit en laat de instelling zien hoe acties zijn opgepakt en wat daarvan de resultaten zijn.

## Internationaal Assessmentprogramma Qmentum Global



Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## 1. Samenvatting

Dit verslag geeft weer wat de bevindingen zijn van de auditoren bij het toetsen van de criteria op basis van het internationale assessmentprogramma Qmentum Global.

In de geldende assessmentprocedure is vastgelegd dat Qualicor Europe bij een audit voor het behalen van een accreditatie verschillende eisen stelt aan een instelling.

### 1.1 Auditinformatie

Het auditbezoek in AZ Zeno heeft plaatsgevonden van 8 tot en met 10 november 2022.

#### **Auditteam**

De heer Maarten Moonen  
De heer Luc Rosseel  
De heer Jean Paul Van Baelen  
Dr. Bart Bohy  
Mevrouw Ann Corman, aspirant auditor

#### **Surveymanager**

Mevrouw Bieke De Neve

#### **Aanvullende informatie**

De Raad van Bestuur van AZ Zeno heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een overbruggingsaudit voor accreditatie als opstap naar het sequential programma, op basis van de kwaliteitsnorm Qmentum Global. De audit is uitgevoerd conform de assessmentprocedure 2021- 2022. Dit is de tweede Qualicor Europe-accreditatie voor deze instelling.

De Raad van Bestuur van AZ Zeno heeft voorafgaand aan het auditbezoek verklaard dat er geen werkeenheden zijn met problemen die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit en veiligheid van zorg en waarvan het auditteam op de hoogte moet zijn.

De audit betreft de volgende locaties van AZ Zeno: Knokke, Blankenberge en polikliniek in Maldegem.

De bevindingen van de auditoren per criterium gelden voor alle locaties, eventuele uitzonderingen staan bij de samenvatting van de kritische processen beschreven.

#### **Normensets**

Tijdens het auditbezoek voor de overbruggingsaudit zijn de volgende normensets en kritische processen gebruikt om de diensten en procedures van AZ Zeno te toetsen:

##### *De VIR's uit de normensets*

- Ambulante Zorg.
- Diagnostische beeldvorming.
- Governance.
- Intramurale zorg.
- Kritieke zorg.
- Oncologische zorg.
- Peri-operatieve zorg en invasieve procedures.
- Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen.

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

- Spoedeisende hulp.
- Transfusiediensten.
- Verloskundige zorg.
- Geestelijke gezondheidszorg.
- Revalidatiezorg.
- Voorbereid zijn op noodsituaties (crises) en rampen.

*Normensets (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)*

- Excellente zorg.
- Medicatiebeheer.
- Infectiepreventie.

*Kritische processen (gouden criteria en VIR's op alle niveaus)*

- Menselijk kapitaal.
- Geïntegreerd kwaliteitsmanagement.
- Medische instrumenten en apparatuur.

*Noodzakelijke criteria voor veilige zorg*

- 6 criteria Excellente zorg.
- 1 criterium geïntegreerd kwaliteitsmanagement.
- 2 criteria medische instrumenten en apparatuur.

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## Samenvatting bevindingen

Standaard audit	Resultaat	Eis
Hoeveel procent van de nalevingstesten van alle VIR's is behaald?	99,6%	95%
Is per normenset aan het vereiste aandeel gouden criteria met hoge prioriteit (criteria met uitroeptekens) voldaan?	Ja	90% per normenset
Aan hoeveel procent van alle gouden criteria over alle relevante normensets voldoet de instelling?	99,4%	81%
Aan hoeveel procent van alle noodzakelijke criteria voor veilige zorg op niveau platina en diamant, zoals beschreven in de bijlage van de 'Assessmentprocedure 2021-2022' over alle relevante normensets voldoet de instelling?	100%	81%

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## 1.2 Conclusies auditteam

### Algemene bevindingen

AZ Zeno is een regionaal ziekenhuis met een nadrukkelijke oriëntatie op haar ligging in het kustgebied. Zij kiest dan ook bewust voor een samenwerking met de overige ziekenhuizen aan de Belgische kust. De populatie die AZ Zeno bezoekt kent veel oudere patiënten en in de zomermaanden veel toeristen. Het ziekenhuis heeft als visie 'samen zorgen'. 'Samen zorgen' verwijst naar het netwerk met de kustziekenhuizen, de sterke samenwerking met de ketenpartners uit de regio, maar zeker ook naar de hechte samenwerking tussen de professionals die de zorg in AZ Zeno vormgeven.

AZ Zeno kenmerkt zich door een open en heldere communicatie naar patiënt, familie en medewerkers. De uitstraling is open, gastvrij en betrokken. Er is sprake van een omgeving met een helend karakter. Zeker de nieuwe campus kent een open, heldere, rustige en propere uitstraling. Ook de verbouwing van de campus in Blankenberge kent een vergelijkbare ambitie.

Warm, gastvrij, verbonden, competent en vernieuwend zijn de waarden van waaruit men binnen AZ Zeno werkt.

Er is betrokkenheid van het bestuur, directie en artsen bij kwaliteit en veiligheid en er zijn formele overlegstructuren om van plan en uitvoering tot evaluatie en effectieve verbetering te komen. De directie wil dit in een kritisch constructieve en no blame sfeer bereiken. Personeel ervaart veel ruimte voor scholing en ontwikkeling. Het management development programma is sterk gefocust op een open en eerlijke en op verbetering gerichte cultuur. Auditoren hebben deze cultuur nadrukkelijk waargenomen.

Met de aanstelling van een vriendelijkheidsambassadeur wordt nadrukkelijk aandacht gelegd op patiënten beleving. Hiervoor is er een brede gedragenheid merkbaar. De samenwerking van deze vriendelijkheidsambassadeur met de ombudsdienst en het vrijwilligerscorps onderstreept de waarde die AZ Zeno hecht aan de inbreng van patiënt en familie.

#### *Overzicht complimenten*

- Open, eerlijke, enthousiaste, spontane medewerkers
- Zorg voor medewerkers door bijvoorbeeld take-away maaltijden voor medewerkers
- Hotelfunctie in healing environment met specifieke aandacht voor de maaltijden
- Respect voor de taken van de medewerkers schoonmaak
- Verpleegkundige opgeleid tot schoonheidsspecialist voor oncologische patiënten
- Gebruik pictogrammen voor mobiliteit, voeding, afasie ...
- Mooi en begrijpbaar filmpje valpreventie
- Architectonische structuur van de afdeling revalidatie met de healing environment
- Aanwezigheid apotheker op de spoedopname sinds september
- Coachkamer op Intensieve Zorgen
- Preoperatieve bevraging in pilootproject

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

### Overzicht uitdagingen

	<b>Uitdaging</b>	<b>Normenset</b>	<b>Criterium</b>	<b>VIR of !</b>	<b>Niveau</b>
1	Gebruikt ten minste twee identificatoren om te bevestigen dat cliënten de service ontvangen die voor hen is bedoeld	<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	6.5.1	VIR	goud
2	De multidisciplinaire commissie evalueert regelmatig de programmastructuur en -taken en voert eventueel verbeteringen door.	<i>infectiepreventie</i>	2.5		platina
3	Er wordt een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop waarschuwingen van het apothekcomputersysteem mogen worden genegeerd.	<i>medicatiebeheer</i>	9.3	!	goud
4	Er worden SOPs gevolgd voor het hanteren, de distributie en het vervoer van steriele medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur.	<i>Reiniging, desinfectie en sterilisatie</i>	12.5	!	goud

### Intern toetsingsstelsel

Het intern toetsingsstelsel van AZ Zeno voldoet aan de 'Assessmentprocedure 2021-2022 Qmentum'.

<b>Criteria interne toetsingsstelsel</b>	<b>Voldaan/niet voldaan</b>
Qualicor Europe stelt als voorwaarde dat de instelling beschikt over een adequaat functionerend toetsingsstelsel. Het interne toetsingsstelsel kan in diverse vormen voorkomen. Voorbeelden van interne toetsing zijn: interne audits (per afdeling of dienst; per (zorg)proces, met of zonder gebruikmaking van tracermethodiek); inspecties; veiligheidsrondes; hygiëne audits; Arbo audits; etc.	Voldaan
Het intern toetsingsstelsel toont aan dat de gehele organisatie, en in het bijzonder de medische staf/medische raad, actief betrokken is bij het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de instelling.	Voldaan
De instelling heeft risicovolle afdelingen en/of processen aangemerkt op basis van een risicoanalyse. Deze risicovolle afdelingen en/of processen worden minimaal eenmaal per twee jaar intern getoetst.	Voldaan
De instelling kan interne toetsingen uitvoeren op basis van zorg- of werkprocessen of onderdelen daarvan en toetst daar waar mogelijk is aan de hand van het normenkader Qmentum Global.	Voldaan
Indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Justitie en Veiligheid of de Vlaamse Zorginspectie specifieke richtlijnen heeft opgesteld voor risicovolle afdelingen/processen, zijn deze aantoonbaar binnen het interne toetsingsstelsel op implementatie/borging getoetst.	Voldaan

### Persoonsgerichte zorg



Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

<b>Criteria persoonsgerichte zorg</b>	<b>Voldaan/niet voldaan</b>
De instelling beschouwt persoonsgerichte zorg als een leidend principe	Voldaan
De instelling heeft een plan voor de ontwikkeling en effectieve implementatie van initiatieven persoonsgerichte zorg. - Het plan bevat initiatieven om cliënten en familie als partner te betrekken bij de zorg op macro-, meso- en microniveau. - Het plan bevat initiatieven om cliënten en familie als partner te betrekken bij de observatie en evaluatie van zorg op macro-, meso- en microniveau.	Voldaan
De instelling heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg.	Voldaan
De instelling biedt ondersteuning aan teams bij het tot stand brengen van partnerschappen met de cliënt en familie zoals communicatievaardigheden en vaardigheden op het gebied van veranderingsmanagement.	Voldaan

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## Noodzakelijke voorwaarden

De auditoren hebben ten aanzien van de noodzakelijke voorwaarden, zoals vermeld in de geldende assessmentprocedure, de volgende bevindingen.

*Noodzakelijke voorwaarde: verbetercultuur (de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen)*

Tijdens de gehele audit hebben auditoren een cultuur ervaren gericht op voortdurende verbetering van kwaliteit en veiligheid. Veelal zijn protocollen en procedures gekend. Intranet wordt als ondersteunend ervaren evenals de kwaliteitsklapper die iedere medewerker vanuit AZ Zeno heeft ontvangen.

De directie ondersteunt deze cultuur door direct positief waarderend te reageren op de verbeterresultaten van teams.

Er is sprake van een open aanspreek cultuur en dit ook richting artsen.

*Noodzakelijke voorwaarde: verantwoorde zorg (de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg)*

Voor de meest kritieke processen zijn er procedures en werkinstructies vastgelegd. Intranet ondersteunt de toegankelijkheid voor deze documenten. Medewerkers kennen de weg binnen het intranet. Bij hun indiensttreding worden ze hiertoe nadrukkelijk geschoold. Het ziekenhuis voert zelf interne checks en audits uit en formuleert verbeterprojecten. Er zijn tal van interdisciplinaire overlegorganen waar bestuur, directie, artsen en medewerkers samenwerken om verbeteringen te implementeren.

*Noodzakelijke voorwaarde: veiligheid (de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd)*

De instelling kent haar risico's, voert een actief beheersingsbeleid en reageert op veranderingen in de omgeving en neemt waar nodig beheersmaatregelen aangaande nieuwe risico's.

Veiligheid en welbevinden van patiënt, bezoeker en medewerkers staat hoog in het vaandel.

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

### 1.3 Overzicht per normenset

De normensets van het internationaal assessmentprogramma Qmentum Global benoemen procedures en methoden die bijdragen tot zorg van hoge kwaliteit, die veilig is en op een effectieve manier wordt bestuurd. Elke norm bestaat uit een aantal criteria die iets zeggen over wat er precies nodig is om aan de norm te voldoen. Elk criterium heeft een bepaald niveau (goud, platina, diamant) om de instelling op die manier een stapsgewijze methode te bieden hun kwaliteitssysteem te verbeteren.

- **Goud** heeft betrekking op basisstructuren en -processen die verband houden met de fundamentele elementen van veiligheids- en kwaliteitsverbetering.
- **Platina** bouwt voort op deze elementen van kwaliteit en veiligheid, maar benadrukt ook cliëntgerichte zorg, waarbij consistentie in de zorgverlening wordt nagestreefd door middel van standaardprocedures en door het betrekken van cliënten en medewerkers bij de besluitvorming.
- **Diamant** richt zich op het realiseren van kwaliteit door het controleren van resultaten, gebruikmakend van praktijkervaring en best practices om diensten te verbeteren, en door het vergelijken van eigen resultaten met die van collega-instellingen om tot verbeteringen op systeemniveau te komen.

### Gouden Criteria

Deze tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) gouden criteria dat is aangemerkt als 'voldaan', 'niet voldaan' en 'n.v.t.' tijdens het auditbezoek.

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
<i>Instellingsbrede normen</i>									
Medicatie-beheer (Voor audits vanaf 2021)	85 (98,8%)	1 (1,2%)	2	22 (100%)	0 (0%)	1	107 (99,1%)	1 (0,9%)	3
Excellente zorgverlening	9 (100%)	0 (0%)	0	17 (100%)	0 (0%)	0	26 (100%)	0 (0%)	0
Governance	Nvt	Nvt	29	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	42
Infectiepre-ventie en -bestrijding	35 (100%)	0 (0%)	2	13 (100%)	0 (0%)	1	48 (100%)	0 (0%)	3
Peri-opera-tieve zorg en invasieve ingrepen	9 (100%)	0 (0%)	19	Nvt	Nvt	19	9 (100%)	0 (0%)	38
Revalidatie	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	15
<i>Zorgspecifieke normen</i>									
Ambulante zorgverlening	Nvt	Nvt	4	Nvt	Nvt	8	Nvt	Nvt	12
Diagnostische beeldvorming	4 (100%)	0 (0%)	40	8 (100%)	0 (0%)	31	12 (100%)	0 (0%)	71
Geestelijke gezondheids-zorg	Nvt	Nvt	5	Nvt	Nvt	14	Nvt	Nvt	19

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

Normen	Criteria met hoge prioriteit (Goud)			Andere criteria (Goud)			Alle criteria (Goud)		
	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt	Voldaan	Niet voldaan	Nvt
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal
Intramurale zorg	Nvt	Nvt	11	Nvt	Nvt	10	Nvt	Nvt	21
Kritieke zorg	Nvt	Nvt	7	Nvt	Nvt	21	Nvt	Nvt	28
Leiderschap	6 (100%)	0 (0%)	15	15 (100%)	0 (0%)	20	21 (100%)	0 (0%)	35
Oncologische zorg	1 (100%)	0 (0%)	16	1 (100%)	0 (0%)	22	2 (100%)	0 (0%)	38
Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen	78 (98,7%)	1 (1,3%)	1	19 (100%)	0 (0%)	2	97 (99%)	1 (1%)	3
Spoedeisende hulp	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	17	Nvt	Nvt	34
Transfusie-diensten	Nvt	Nvt	52	Nvt	Nvt	51	Nvt	Nvt	103
Verloskundige zorg	Nvt	Nvt	25	Nvt	Nvt	13	Nvt	Nvt	38
<b>Totaal</b>	<b>227 (99,1%)</b>	<b>2 (0,9%)</b>	<b>250</b>	<b>95 (100%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>253</b>	<b>322 (99,4%)</b>	<b>2 (0,6%)</b>	<b>503</b>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

#### 1.4 Overzicht per vereiste instellingsrichtlijn (VIR)

Vereiste instellingsrichtlijnen (VIR's) zijn criteria die gaan over cruciale aspecten in de zorg- en dienstverlening van - met name - patiëntveiligheid. Aan deze eisen moet een instelling voldoen om voor accreditatie in aanmerking te komen. Elke VIR heeft een niveau op goud, platina of diamant en daaraan gekoppelde nalevingstest(s). Deze nalevingstest(s) moeten allemaal als 'voldaan' worden aangemerkt voordat de VIR als geheel als 'voldaan' kan worden beoordeeld.

De volgende tabel geeft een overzicht van het aantal (en percentage) VIR's dat is aangemerkt als 'voldaan' of 'niet voldaan' tijdens het auditbezoek.

	AZ Zeno	Binnen hoeveel kritische processen zijn deze VIR's getoetst			Aantal NLTs in matrix	Score nalevingstesten			
		Voldaan	Niet voldaan	Totaal		Voldaan	Niet voldaan	Totaal	% Voldaan
1	Controlelijst voor veilige heerkunde ('Safe surgery checklist')	2	0	2	5	10	0	10	100,0%
2	Cliëntenidentificatie	10	1	11	1	10	1	11	90,9%
3	Overdracht van informatie op overdrachtmomenten	9	0	9	5	45	0	45	100,0%
4	Medicatieverificatie als strategische prioriteit	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
5	Medicatieverificatie bij opname – Ambulante zorg	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
6	Medicatieverificatie bij opname – Acute zorg	7	0	7	4	28	0	28	100,0%
7	Medicatieverificatie bij opname – Spoedeisende hulp	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
8	Beheer van geconcentreerde	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
9	Hoogrisico medicatie	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
10	Narcoticaveiligheid	1	0	1	3	1	0	1	100,0%
11	Veilig gebruik van infuuspompen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
12	Antimicrobieel beleid	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
13	Heparineveiligheid	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
14	Preventief onderhoudsprogramma	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
15	Training en scholing op het gebied van patiëntveiligheid	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
16	Cliëntveiligheidsplan	1	0	1	4	4	0	4	100,0%
17	Preventie van geweld en agressie op de werkplek	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
18	Patiëntenstroom	1	0	1	8	8	0	8	100,0%
19	Voorlichting over handhygiëne	1	0	1	1	1	0	1	100,0%
20	Naleving van handhygiëne	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
21	Aantallen infecties	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
22	Kwartalrapportages cliëntveiligheid	1	0	1	3	3	0	3	100,0%
23	Beheer van ongewenste voorvallen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
24	Openbaarmaking van ongewenste voorvallen	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
25	Verantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit	1	0	1	6	6	0	6	100,0%
26	Valpreventiestrategie (bij klinische patiënten)	7	0	7	3	21	0	21	100,0%
27	Decubituspreventie	5	0	5	5	25	0	25	100,0%
28	Voorkoming van zelfdoding	1	0	1	5	5	0	5	100,0%
29	VTE profylaxe	4	0	4	5	20	0	20	100,0%
30	Gevaarlijke afkortingen	1	0	1	7	7	0	7	100,0%
	<b>Totaal</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>68</b>		<b>263</b>	<b>1</b>	<b>264</b>	
	<b>Totaal %</b>	<b>98,5%</b>	<b>1,5%</b>			<b>99,6%</b>	<b>0,4%</b>		

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

## 2. Overzicht beoordelingen op niveau goud

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau goud. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling gegeven.

### 2.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

In deze tabel ziet u de onderbouwing van de niet-behaalde gouden VIR's, het patiëntveiligheidsgebied daaraan gerelateerd, en de normenset waar zij betrekking op hebben.

Gouden VIR's	Normen	Beoordeling	Opmerkingen auditoren
<b>Communicatie</b>			
<p><b>Gebruikt ten minste twee identificatoren om te bevestigen dat cliënten de service ontvangen die voor hen is bedoeld.</b></p> <p>Vereiste instellingsrichtlijn: In samenspraak met de cliënten en hun familie worden er minimaal twee persoonsgebonden parameters gebruikt om te controleren of cliënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd.</p> <p><i>Er worden minimaal twee persoonsgebonden parameters gebruikt om te controleren of cliënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd, in samenspraak met de cliënten en hun familie.</i></p>	<p>Geestelijke gezondheidszorg 6.5.1</p>	Niet voldaan	<p>De auditor stelt vast dat op de PAAZ (Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis) de patiënten op vijf tijdstippen per dag spontaan hun medicatie ophalen en ter plaatse innemen aan de verpleegbalie. De verantwoordelijke verpleegkundige identificeert de patiënt door het lezen van het identificatiebandje aan de balie. Omwille van privacy-redenen wordt niet aan de patiënt gevraagd om de naam of geboortedatum uit te spreken. De auditor stelt vast dat er geen tweede parameter wordt gebruikt om de patiënt te identificeren alvorens medicatie toe te dienen.</p> <p>In het elektronisch patiëntendossier is een zeer kleine foto van de patiënt zichtbaar. Bij aanklikken kan deze foto worden vergroot. De auditor stelt vast dat de foto niet wordt aangeklikt om uit te vergroten. Door het kleine fotoformaat op het scherm en het gebruik van mondmaskers in het kader van infectiepreventie stelt de auditor vast dat deze optie niet wordt gebruikt als tweede parameter om de identiteit te controleren.</p> <p>De auditor stelt vast dat sommige patiënten toch spontaan hun naam en geboortedatum noemen.</p>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

## 2.2 Normensets

In deze tabel ziet u de gouden criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

### Instellingsbrede normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<b>Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)</b>		
9.3 Er wordt een beleid ontwikkeld en geïmplementeerd voor het moment en de manier waarop waarschuwingen van het apotheekcomputersysteem mogen worden genegeerd.	<b>!</b>	De auditor stelt vast in overleg met de hoofdapotheker en een apotheker dat het apotheekcomputersysteem niet kan ingesteld worden zodat wordt vastgelegd wie de waarschuwing heeft genegeerd, de datum waarop de waarschuwing is genegeerd en de reden ervan en wie het heeft beoordeeld en wanneer. De hoofdapotheker en apotheker bevestigen dat het apotheekcomputersysteem hierop niet voorzien is. De hoofdapotheker en apotheker bevestigen aan de auditor dat er geen steekproefsgewijze controles gebeuren die dergelijke waarschuwingen evalueren. De apotheek heeft geen valide workaround om dit tekort in hun apotheekcomputersysteem veilig en betrouwbaar op te vangen.

### Zorgspecifieke normen

Gouden criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<b>Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</b>		
12.5 Er worden SOPs gevolgd voor het hanteren, de distributie en het vervoer van steriele medische instrumenten, hulpmiddelen en apparatuur.	<b>!</b>	Tijdens de audit op de sterilisatieafdeling hebben de auditor en de hoofdverpleegkundige van de CSA (centrale sterilisatie afdeling) vastgesteld dat het vervoer van de steriele pakketten door medewerkers niet op de correcte manier verloopt conform hun beleid. De steriele sets waren op de kar op elkaar gestapeld en dit levert gevaar op voor scheuren in de verpakking.

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

### 3. Overzicht beoordelingen op niveau platina

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau platina. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling weergegeven.

#### 3.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

Op niveau platina zijn alle VIR's als voldaan beoordeeld.

#### 3.2 Normensets

In deze tabel ziet u de platina criteria die als 'niet voldaan' zijn beoordeeld. De criteria met hoge prioriteit zijn aangeduid met een uitroepteken.

Platina criteria (niet voldaan)	Criteria met hoge prioriteit	Opmerkingen auditoren
<b>Infectiepreventie en -bestrijding</b>		
2.5 De multidisciplinaire commissie evalueert regelmatig de programmastructuur en -taken en voert eventueel verbeteringen door.		De auditor heeft vier verslagen van het comité ziekenhuishygiëne ingekeken. Deze verslagen van het comité zijn zeer summier en geven geen concrete aanpak van verbeteringen die in het comité worden besproken. In geen enkel verslag zijn indicatoren opgenomen en mogelijke evolutie van deze indicatoren met eventuele actieplannen.

### 4. Overzicht beoordelingen op niveau diamant

Dit hoofdstuk geeft de beoordeling door het auditteam weer van de criteria op niveau diamant. Voor de niet-behaalde criteria is een onderbouwing van de beoordeling weergegeven.

#### 4.1 Vereiste instellingsrichtlijnen

Op niveau diamant zijn alle VIR's als voldaan beoordeeld.

#### 4.2 Normensets

Op niveau diamant zijn alle getoetste criteria als voldaan beoordeeld.



Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

## 5. Kritische processen: beoordelingen van auditoren

Kritische processen zijn risicovolle gebieden of systemen die een grote impact hebben op de kwaliteit en veiligheid. Zij bieden een ander perspectief dan dat voortkomend uit normensets, en de resultaten zijn gegroepeerd in thema's die horizontaal door afdelingen, diensten en teams gaan.

Tijdens het auditbezoek beoordelen de auditoren de criteria die deel uitmaken van een kritisch proces, geven een reden voor hun beoordeling en vatten elk kritisch proces samen. Deze samenvattende opmerkingen worden hieronder weergegeven en zijn een nuttige aanvulling op de resultaten uit de eerdere hoofdstukken van dit verslag.

### 5.1 Beoordelingen van instellingsbrede normen

De beoordelingen worden hier eerst weergegeven per kritisch proces, dan per normenset. Sommige kritische processen in deze paragraaf hebben ook betrekking op zorgspecifieke normen.

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Clïëntgerichte zorg</b>	Samenwerken met cliënten en hun familie om zorg te plannen en te verlenen die respectvol, meelevend, cultureel veilig en competent is, en ernaar te streven dat deze zorg voortdurend wordt verbeterd.
Ambulante zorgverlening Oncologische zorg Kritieke zorg Governance Intramurale zorg Leiderschap Geestelijke gezondheidszorg Verloskundige zorg Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Revalidatie Excellente zorgverlening Spoedeisende hulp	
<b>Opmerkingen:</b>	<p>In het van kader van het kritisch proces cliëntgerichte zorg en de criteria persoonsgerichte zorg heeft de auditor gesproken met de vriendelijkheidsambassadeur, de ombudspersoon, twee leden van de Raad van Bestuur, de algemeen directeur, de medisch directeur, de stafmedewerkers kwaliteit, verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding, een hoofdverpleegkundige, enkele patiënten en een geriater. De auditor heeft ook enkele bedside briefings bijgewoond. Tijdens zijn rondgang heeft de auditor het effectief gebruik van patiëntenzorgborden gezien op de patiëntenkamers. De communicatie via deze borden verdienen een compliment aangaande de helderheid en eenvoud van taal en symbolen.</p> <p>Auditees vertellen over een pilot rond PREM's (Patient Reported Experience Measures) en PROM's (Patient Reported Outcome Measures). De auditor heeft het beleidsplan 'Patiëntgerichte zorg 2022-2023' en het 'Jaarverslag 2021' van de ombudsdienst ingezien.</p> <p>De auditor stelt vast dat de instelling persoonsgerichte zorg als een leidend principe beschouwt.</p> <p>De instelling heeft een plan voor de ontwikkeling en effectieve implementatie van initiatieven omtrent persoonsgerichte zorg Het plan bevat initiatieven om cliënten en familie als partner te betrekken bij de observatie en evaluatie van zorg.</p> <p>De instelling heeft aandacht voor de randvoorwaarden bij de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg.</p> <p>De instelling biedt ondersteuning aan teams bij het tot stand brengen van partnerschappen met de cliënt en familie zoals communicatievaardigheden en vaardigheden op het gebied van veranderingsmanagement.</p>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Menselijk kapitaal (HRM)</b>	Ontwikkelen van human resourcecapaciteit om veilige zorg van hoge kwaliteit te leveren aan cliënten.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>In het kader van de audit op het kritische proces menselijk kapitaal heeft de auditor de tracer 'Nieuwe medewerker' gelopen. De auditor heeft gesproken met twee verpleegkundige op het dagcentrum chirurgie en de betrokken hoofdverpleegkundige. Daarnaast heeft de auditor gesproken met twee administratief medewerkers HRM (human resource management of personeelsdienst), het diensthoofd HRM en de vormingsverantwoordelijke. De auditor heeft een nieuw gestarte medisch specialist gesproken. Los van de tracer heeft de auditor gesproken met een vertegenwoordiging van de ondernemingsraad en het comité preventie bescherming op het werk.</p> <p>Auditees melden los van elkaar over een uitgebreid inwerkprogramma binnen AZ Zeno. Medewerkers kunnen hun eigen digitale personeelsdossier inzien. De auditees spreken van een grote diversiteit aan scholingsprogramma's. De scholing van verplichte vormen wordt gemonitord. Naast aandacht voor het inwerken bestaat er ook een uitgewerkte exit-procedure voor vertrekkende medewerkers. De evaluaties van vertrekkende medewerkers worden besproken op het directiecomité.</p> <p>Auditees bevestigen dat er aandacht is voor voorkomen van en omgang met agressie op de werkplek. Scholing rond gebruik infuuspompen vindt plaats.</p> <p>Ongevraagd vernemen diverse auditoren van auditees dat de leiding van de organisatie veel positieve waardering uitspreekt richting hun medewerkers. Een mooi voorbeeld dat daarbij genoemd wordt is de take away maaltijden die aan medewerkers aangeboden worden. Dit bijvoorbeeld ten tijden van de Covid periode, maar ook nu nog op bijzondere feestdagen.</p> <p>Er is sprake van een aanspreekcultuur met positieve intenties.</p>	
<b>Geïntegreerd kwaliteitsmanagement</b>	Voortdurend, proactief en systematisch proces om kwaliteit vanuit een systeemomvattend perspectief te begrijpen, managen en communiceren om zo doelen en oogmerken te realiseren.
Leiderschap	
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft gesproken in het kader van het kritisch proces geïntegreerd kwaliteitsmanagement met twee leden van de raad van bestuur, de stafmedewerkers kwaliteit, de medisch directeur, de algemeen directeur, een vertegenwoordiging van het comité patiëntveiligheid, de vriendelijkheidsambassadeur, de ombudspersoon, de vormingsverantwoordelijke, enkele verpleegkundigen, de deskundige business intelligence en een hoofdverpleegkundige.</p> <p>De auditor heeft diverse kwaliteitsrapportages, protocollen en beleidsplannen in gezien.</p> <p>Auditees bevestigen desgevraagd dat rapportages in de diverse overleggen besproken worden. Verbeteracties worden vastgesteld en opgevolgd. De auditor heeft overzichten van opvolging ingezien.</p> <p>De auditor heeft duidelijk waargenomen dat kwaliteitsmanagement een onderdeel is van de dagelijkse bedrijfsvoering. Op de diverse afdelingen heeft de auditor publicatieborden in de openbare ruimte zien hangen met daarop rapportages van kwaliteitsindicatoren. Informatiemateriaal zoals een filmpje ter preventie van vallen zijn toegankelijk op o.a. de website.</p> <p>AZ Zeno kent haar belangrijkste risico's en heeft een actief beleid om deze zo veel mogelijk te reduceren. Risico analyses worden uitgevoerd bij bijvoorbeeld belangrijke investeringen. Kwaliteit staat vast geagendeerd op de vergadering van de Raad van Bestuur.</p> <p>Middels de vriendelijkheidsambassadeur, de ombudsdienst en de vrijwilligers wordt de inbreng van patiënten en hun familie geborgd. Incidenten met gevolgen voor patiënten worden besproken met patiënt en of familie en er is sprake van een open cultuur rond patiëntveiligheidsincidenten. Patiënten worden ook</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>nadrukkelijk gewezen op hun klachtrecht, dit zowel tijdens opname als ook via de website.</p> <p>De auditor heeft de procedure medicatieverificatie ingezien. Deze beschrijft de wijze van vastlegging van medicatieverificatie in patiëntendossiers. Er is sprake van scholing rond medicatieverificatie voor zowel artsen als andere zorgmedewerkers. Het volgen van scholing wordt actief gemonitord.</p> <p>AZ Zeno kent een veiligheid incidentmeldsysteem dat actief wordt gebruikt en opgevolgd zo melden de diverse auditees. De medische staf is hierbij actief betrokken.</p> <p>AZ Zeno communiceert actief richting personeel en cliënt rond kwaliteit. Deze communicatie kenmerkt zich in heldere en begrijpelijke taal.</p>
<b>Vorbereid zijn op noodsituaties</b>	Omgaan met noodgevallen en andere aspecten van openbare veiligheid.
Infectiepreventie en -bestrijding Leiderschap	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft een gesprek gehad in het kader van noodsituaties met de zorgmanager verantwoordelijk voor het noodplan en de hoofdverpleegkundige van spoedopname (de noodplancoördinator was verontschuldigd).</p> <p>De noodplancoördinator is niet vrijgesteld voor deze opdracht en doet dit tijdens zijn reguliere opdracht. In het gesprek is aan gegeven dat er een noodplan is uitgeschreven en dat deze jaarlijks in december wordt herzien. Dit noodplan is gemakkelijk raad te plegen op intranet via een het icoon noodplanning. Per campus is een noodplan uitgeschreven.</p> <p>Met betrekking tot outbreak is in het noodplan een apart hoofdstuk voorzien waar ook diverse infecties zijn beschreven.</p> <p>De taken en rollen van de medewerkers zijn duidelijk beschreven en voor sommige noodsituaties met de nodige actiekaarten.</p> <p>In het vormingsbeleid van het ziekenhuis is een opleiding voorzien van de noodplanning. Ook voor de opening van de nieuwbouw op de campus Blankenberge is de nodige opleiding gepland.</p>
<b>Patiëntenstroom</b>	Soepele en tijdige doorstroming van cliënten en hun familieleden naar geschikte diensten en zorgsettings.
Leiderschap Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen Spoedeisende hulp	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft het kritieke proces patiënten doorstroming geaudit op de dienst spoedgevallen op beide locaties en in gesprek met de hoofdarts, de hoofdverpleegkundige, drie spoedartsen, een zorgmanager en twee spoedverpleegkundigen. Er is samen met een spoedarts gekeken in de actiekaarten van het ziekenhuisnoodplan op de spoedgevallendienst en de teksten 'Ziekenhuisnoodplannen' voor campus Knokke en voor campus Blankenberge zijn geraadpleegd, alsook een document 'Flowchart bedtoewijzing AZ Zeno'.</p> <p>De auditor heeft inzage verkregen in twee ziekenhuisnoodplan documenten, waarvan één voor campus Knokke en één voor campus Blankenberge. Beide documenten omvatten een noodprocedure crowding en overcrowding &amp; acuut personeelstekort.</p> <p>Het document stelt dat het vaststellen van crowding en overcrowding gebeurt door de triageverpleegkundige en de spoedarts. De hoofdverpleegkundige of zijn vervanger functioneren als coördinator tussen verschillende disciplines (medisch, verpleegkundig, paramedisch,...).</p>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>Indien de overcrowding kadert in onvoldoende beddencapaciteit dient de triageverpleegkundige de directie met wachtdienst te contacteren.</p> <p>De hoofdarts, hoofdverpleegkundige en zorgmanager van de spoedgevallendienst stellen dat in verband met overbelasting van de spoeddienst naast het ziekenhuisnoodplan een procedure bedtoewijzing van toepassing is. Hiervan bestaat een document "flowchart bedtoewijzing AZ Zeno". Dit document is online beschikbaar voor de zorgmanagers en bevat een flowchart zonder toelichting die aangeeft volgens profiel van de patiënt naar welke verpleegafdeling deze mag worden opgenomen en bij overbelasting van de betreffende verpleegafdeling naar welke afdeling kan worden afgeweken.</p> <p>De drie bevroegde spoedartsen en twee spoedverpleegkundigen geven aan dat ze bij overbelasting hulp kunnen inroepen van collega's. Voor de artsen zijn dit overdag assistenten van specialisten en tijdens de nacht en weekenduren de arts intensieve zorgen en de wachtdoende specialisten. De verpleging geeft aan dat ze hulp kunnen inroepen van de afdeling intensieve zorgen en anders via de directie.</p> <p>De hoofdverpleger van de spoedgevallendienst houdt manueel doorstroomtijden en behandelingstijden bij op Excel sheets. Op basis van de verzamelde tijden worden aanpassingen uitgevoerd zoals bij voorbeeld dubbele bezetting van een spoedarts overdag tijdens de zomervakanties en tijdelijke aanpassing van de bestaffing van het onthaal spoedgevallen.</p> <p>De hoofdverpleegkundige geeft aan dat er een project in de maak is in verband met elektronisch vastleggen van behandel- en doorstroomtijden.</p> <p>De zorgmanager stelt dat op basis van de verzamelde gegevens ziekenhuisbreed het ontslagbeleid zal worden aangepast met ontslag van patiënten in de verblijfsafdelingen naar de ochtend.</p>
<b>Medische instrumenten en apparatuur</b>	Apparatuur en technologieën bedoeld voor hulp bij diagnose en behandeling van medische problemen.
	<p>Oncologische zorg</p> <p>Diagnostische beeldvorming</p> <p>Leiderschap</p> <p>Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen</p> <p>Reiniging, desinfectie en sterilisatie van herbruikbare medische instrumenten en materialen</p>
	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Het kritisch proces medisch instrumenten en apparatuur is geaudit door gesprek en bezoek met de hoofdverpleegkundige van de sterilisatie (Knokke en Blankenberge), gesprek en bezoek met de hoofdverpleegkundige en gastro-enteroloog van de endoscopie in Knokke en Blankenberge, gesprek en bezoek met de hoofdverpleegkundige van het OK (operatiekwartier) en materiaalbeheerder (Knokke en een Blankenberge), gesprek met het comité medisch materiaal in aanwezigheid van de hoofarts, de hoofdapothekeer, apotheker en het diensthoofd aankoop. Daarnaast heeft de auditor ook een bezoek gebracht aan de afdeling medische beeldvorming van de campussen Blankenberge en Maldegem. Een collega auditor heeft de medische beeldvorming in Knokke bezocht. Ten slotte heeft de auditor een gesprek gehad met de biomedische dienst, de facilitair directeur en twee medewerkers van de dienst.</p> <p>Het traject van het instrumentarium is gevolgd op de diensten sterilisatie van het vuil instrumentarium tot de steriel instrumenten. De flow gebeurt in de juiste verschillende lokalen. Om van het ene lokaal naar het andere te gaan moet men steeds via een sas gaan. Het kruisen tussen vuil en reïne zone is niet mogelijk. Het vuil materiaal wordt gewassen in de voorzien wasmachines, nadien wordt de sets samengesteld ende juiste samenstelling wordt bepaald door het aantal instrumenten.</p> <p>Indien er instrumenten tekort zijn en niet kunnen worden aangevuld wordt dit genoteerd door het tekort van instrumenten te melden op de etiketten van de steriele sets. Indien de sets gesteriliseerd zijn worden ze bewaard per medische discipline in de voorzien ruimte. Dagelijks worden op een kar alle materiaal klaargezet per ingreep en per zaal voor de volgende dag. Ongeveer 15 % van het te steriliseren materiaal komt van de polikliniek. Tijdens de audit op de sterilisatieafdeling hebben de auditor en de hoofdverpleegkundige van de CSA (centrale sterilisatie afdeling) vastgesteld dat het vervoer van de steriele pakketten door medewerkers niet op de correcte manier verloopt conform hun beleid.</p>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

Kritisch proces	Omschrijving
	<p>De steriele sets waren op de kar op elkaar gestapeld en dit levert gevaar op voor scheuren in de verpakking. Op intranet is het kwaliteitshandboek van de sterilisatie beschikbaar gesteld. Hierbij wordt de volledige werking van de sterilisatie beschreven met onder andere de vastlegging van de sterilisatie gegevens, verwerking gesteriliseerde producten, procedures en werkvoorschriften, sterilisatieproces, beheer en gebruik apparatuur, aanleveren en verwerking van gesteriliseerde producten.</p> <p>De auditor heeft de endoscopieafdeling bezocht aan de hand van het traject van de scopen en deze is doorlopen van vuile zone naar reine zone. De scopen worden na de interventie direct ondergedompeld in een voorziene spoelbak met het juiste product. Nadien worden de instrumenten geborsteld, en gebeurt een nazicht op de lekttest. Vervolgens komen de instrumenten in de voorziene machines en uiteindelijk worden ze opgehangen in de droogkast. Ieder scoop heeft een eigen barcode. De traceability is voor 100% verzekerd, bij ieder patiënt kan men opgeven welke scoop er wordt gebruikt. Alle toestellen zijn voorzien van een label in functie van het jaarlijks preventief onderhoud. De dienst beschikt over voldoende scopen in functie van de nodige onderzoeken, zodat de procedure van reinigen en desinfecteren steeds correct kan worden toegepast. Omwille van de aanwezigheid van een nieuwe arts zal het aantal scopen worden vergroot. De check is gebeurd op beide campussen.</p> <p>Tijdens het bezoek van het operatiekwartier in Blankenberge zijn toestellen gecheckt en deze zijn allen voorzien van het afgesproken labelbeleid in het ziekenhuis onder toezicht van de biomedische dienst.</p> <p>De sterilisatie bevindt zich naast het operatiekwartier. De auditor heeft een correcte scheiding van vuil en rein gezien, correcte verpakking met label en correcte opberging van de steriele sets. Tijdens het bezoek van het operatiekwartier in Knokke is vastgesteld de architectonisch lay-out optimaal is zodat de processen lean zijn uitgewerkt.</p> <p>Er is één vrije zaal gecheckt en de stelt de auditor vast dat de medische apparatuur in orde is conform het beleid van AZ Zeno.</p> <p>De flow van het vuil instrumentarium is gevolgd waarbij het vuil materiaal wordt verzameld in de vuile gang. Nadien wordt het in gesloten karren gebracht. De medewerkers geven een signaal aan de sterilisatie die deze karren komen halen om de verwerking direct op te starten in de sterilisatie. Voor de leensets is een materiaalverantwoordelijke die instaat voor de bestelling en de opvolging van het materiaal, zodat deze steeds op tijd steriel beschikbaar zijn. Het steriel materiaal wordt aangeleverd via de reine gang. Het steriel materiaal voor de polikliniek wordt via afgesloten bakken aangeleverd.</p> <p>De werking van het comité medisch materiaal is door de auditor getoetst in een gesprek met het comité medisch materiaal. De werking van het comité is door de hoofdapotheker voorgesteld via een ppt presentatie. Daarbij is de PDCA (Plan Do Check Act) cyclus toegepast. De stakeholders zijn betrokken in de aanschaf van medisch materiaal en kunnen via een aanvraagformulier hun wensen aanvragen mits motivering.</p> <p>Bij een medische investering is, indien noodzakelijk, steeds een link met medische disposables en wordt ook steeds aandacht besteed aan de nodig technische fiches voor reinigen, desinfectie en steriliseren. De opvolging van de medische investeringen gebeurt in het medisch investeringscomité.</p> <p>De dienst medische beeldvorming is voorzien van een CT (Computer Tomografie) zaal, een klassieke zaal, een echo zaal en een mammografie zaal.</p> <p>Na overleg met de facilitair directeur is duidelijk dat de dienst zelf verantwoordelijk is voor de opvolging van het preventief onderhoudsprogramma. De planning van het preventief onderhoud 2022 met de firma's is aangetoond. De toestellen zijn gelabeld door de firma en het ziekenhuis.</p> <p>De auditor heeft een gesprek gehad met de dienst biotechniek. De medewerkers hebben het beleid toegelicht met betrekking tot het beheer van de medische apparatuur. De apparatuur wordt ingedeeld in drie klassen, volgens het risico dat het ziekenhuis zelf heeft bepaald.</p> <p>Van daaruit wordt het beleid uitgestippeld voor het preventief onderhoud. Alle toestellen die de auditor heeft gezien waren correct gelabeld. Tevens wordt ook een marge ingebouwd zodat de timing maximaal kan worden gerespecteerd.</p>

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

## 5.2 Beoordelingen van zorgspecifieke normen

De beoordelingen worden hier eerst weergegeven per normenset, dan per kritisch proces.

### 5.2.1 Medicatiebeheer (Voor audits vanaf 2021)

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Medicatiemanagement</b>	Interdisciplinaire verlening van medicatie aan cliënten.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast, na overleg met de medisch directeur, hoofdapotheker, apotheker, hoofdverpleegkundigen van orthopedie, daghospitaal oncologie en gespecialiseerde dienst (SP) pneumo-cardiorevalidatie en op basis van inzage in patiëntendossiers dat de vereiste instellingsrichtlijnen voor dit kritisch proces zijn voldaan.</p> <p>De auditor stelt vast dat apothekers en apotheekassistenten worden ingeschakeld om de voorraden van medicatie op afdelingen aan te vullen en hierbij een stock-controle uitvoeren. Dit bevordert de patiëntveiligheid en verlaagt de werklast bij zorgmedewerkers.</p> <p>Er wordt een antimicrobieel beleid gehanteerd, uitgewerkt door het medisch farmaceutisch comité om het gebruik van antimicrobiële middelen te optimaliseren. Dit beleid wordt getoetst in de VIR-checks en dossieraudits.</p> <p>Er wordt een gedocumenteerde en gecoördineerde aanpak van het veilige beheer van hoog risicomedicatie geïmplementeerd. Dit is door de auditor geobserveerd in de medicatielokalen en bij toediening hoog risico medicatie. De VIR-checks worden ook voor deze controle gehanteerd.</p> <p>De beschikbaarheid van heparine, narcotica en geconcentreerde elektrolyten worden beoordeeld en beperkt om ervoor te zorgen dat verpakkingen die patiëntveiligheidsincidenten kunnen veroorzaken, niet op voorraad worden gehouden in behandelruimten.</p> <p>De instelling heeft een lijst opgesteld en geïmplementeerd met afkortingen, symbolen en dosisaanduidingen die niet mogen worden gebruikt in medicatievoorschriften. De medewerkers hebben kennis van deze lijst afkortingen. Zoals de andere instellingsrichtlijnen wordt ook deze lijst van afkortingen regelmatig gecontroleerd in de interne toetsing.</p> <p>De auditor stelt vast in overleg met de hoofdapotheker en een apotheker, dat het apotheekcomputersysteem niet kan ingesteld worden zodat wordt vastgelegd wie de waarschuwing heeft genegeerd, de datum waarop de waarschuwing is genegeerd en de reden ervan en wie het heeft beoordeeld en wanneer.</p> <p>De hoofdapotheker en apotheker bevestigen aan de auditor dat er geen steekproefsgewijze controles gebeuren die dergelijke waarschuwingen evalueren.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.2 Ambulante zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Bij inzage van medische dossiers van de polikliniek stelt de auditor vast dat de meeste specialismen in hun poliklinische verslagen een actuele medicatielijst opnemen.</p> <p>Indien een patiënt nood heeft aan een orthopedische operatie, wordt de patiënt doorverwezen naar een recent opgerichte dienst preoperatieve consultatie. Hierbij wordt de medicatieverificatie uitgevoerd door de huisarts of door de verpleegkundige van de perioperatieve zorg.</p> <p>De auditor stelt vast dat bij inschrijving van een patiënt voor de polikliniek stickers worden afgedrukt met de naam en geboortedatum van de patiënt. Bij het oproepen van de patiënt uit de wachtzaal gebeurt de identificatie door het bevragen van de naam en geboortedatum.</p> <p>Auditors stellen vast dat dit ook correct gebeurt op de dienst radiologie en op de polikliniek in Maldegem.</p> <p>De auditor stelt vast dat indien er een opname of onderzoeken nodig zijn, deze worden voorgeschreven door de arts en duidelijk worden gecommuniceerd aan de desbetreffende afdeling. Bij nood aan een ziekenhuisopname voor een orthopedische operatie wordt de patiënt verwezen aan de dienst preoperatieve planning.</p> <p>De patiënt krijgt van de arts zelf informatie en krijgt bij bepaalde ingrepen informatiefolders mee over de ingreep.</p> <p>Specifiek bij een knieprothese en heupprothese is een uitgebreid preoperatief werkboek gemaakt dat de patiënt mee krijgt. Hierbij krijgt de patiënt bovendien toegang tot een gesofisticeerde informatie-app 'patiënt journey app' die op regelmatige tijdstippen op elektronische wijze praktische informatie toe krijgt voor en na de operatie.</p>	

### 5.2.3 Diagnostische beeldvorming

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Diagnostische diensten - diagnostische beeldvorming</b>	Beschikbaarheid van diagnostische beeldvorming om zorgverleners informatie te verschaffen over de aanwezigheid, ernst en oorzaken van medische problemen en de procedures en processen die door deze diensten worden gebruikt.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft vastgesteld bij patiënten en medewerkers dat de patiëntenidentificatie conform het vooropgesteld beleid in het ziekenhuis wordt toegepast.</p>	
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor geeft de op diensten medische beeldvorming van de verschillende locaties patiënten bevroegd naar de identificatie. Dit gebeurt conform de procedure die is beschreven in het ziekenhuis.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

#### 5.2.4 Excellente zorgverlening

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Besluitondersteuning</b>	Informatie, onderzoek en bewijs, gegevens en technologieën om management en klinische besluitvorming te ondersteunen en faciliteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>In het van kader van het kritisch proces excellente zorgverlening heeft de auditor gesproken met de vriendelijkheidsambassadeur, de ombudspersoon, twee leden van de Raad van Bestuur, de algemeen directeur, de medisch directeur, de stafmedewerkers kwaliteit, verpleegkundigen en studenten verpleegkundigen, een hoofdverpleegkundige, enkele patiënten en een geriater. De auditor heeft ook enkele bedside briefings bijgewoond.</p> <p>AZ Zeno werkt met een elektronisch patiëntendossier. Er loopt een project voor vervanging van dit dossier. Oude papieren patiëntendossiers zijn grotendeels ingescand rapporteren auditees.</p> <p>Patiënten geven aan dat het behandelplan in overleg met hen of hun familie is bepaald.</p> <p>De auditor stelt vast dat aan de voor de overbruggingsaudit vereiste normen binnen excellente zorgverlening, besluitondersteuning is voldaan.</p>	
<b>Competentie</b>	Ontwikkelen van een zeer competent interdisciplinair team met de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om effectieve en efficiënte programma's, diensten en zorg te ontwikkelen, managen en leveren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>AZ Zeno kent een uitgebreid scholingsprogramma, de auditor heeft dit kunnen inzien. Dit scholingsprogramma is ontwikkeld met inbreng van cliënt en familie via de vriendelijkheidsambassadeur. De auditees bevestigen desgevraagd aan de diverse auditoren dat zij geschoold zijn in het veilig gebruik van infuuspompen. De hoofdverpleegkundigen en zorgmanagers monitoren de voortgang van de opleidingsplannen van hun zorgverleners.</p> <p>Verpleegkundigen rapporteren dat er uitgebreid ruimte is voor scholing en ontwikkeling.</p> <p>De huidige functieprofielen zijn opgebouwd vanuit de waarden van AZ Zeno en hebben aandacht voor vereiste competenties zo heeft auditor kunnen vaststellen.</p>	
<b>Klinisch leiderschap</b>	Tonen van leiderschap en algemene doelen en sturing geven aan het team van mensen dat de diensten levert.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>AZ Zeno voert een actief beleid rond het inzetten van adequate middelen en een goede mix van deskundigheid binnen haar professionals.</p> <p>De toegankelijkheid van gebouwen is goed, er is een stilleruimte ingericht.</p>	
<b>Resultaten beïnvloeden</b>	De identificatie en monitoring van proces- en resultaatmaatregelen om de kwaliteit van dienstverlening aan cliënten en de impact op cliëntresultaten te evalueren en verbeteren.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>AZ Zeno kent een ethische commissie. Patiëntveiligheidsincidenten worden, bij een letsel tengevolge van een incident, besproken met patiënt en familie. Het incident wordt vastgelegd in het patiëntendossier.</p>	



Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.5 Geestelijke gezondheidszorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft de normenset geestelijke gezondheidszorg geaudit op de PAAZ en in gesprek met de hoofdarts, het medisch diensthoofd, de hoofdverpleegkundige, een zorgmanager, twee spoedverpleegkundigen en twee verpleegkundigen van de PAAZ.</p> <p>Deze auditees stellen dat de meeste patiënten op de PAAZ worden opgenomen via de spoeddienst. Het document 'Medicatieverificatie' beschrijft dat de spoedarts de actuele medicatie opneemt in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>De auditor stelt vast dat de spoedarts in het elektronisch patiëntendossier de actuele medicatie noteert als vrije tekst. Hierbij wordt de naam van de medicatie, de dosis en de momenten van toediening genoteerd.</p> <p>Bij patiënten die rechtsreeks van een ander ziekenhuis over komen, wordt de ontslagbrief van het andere ziekenhuis gebruikt als referentie. De behandelend psychiater bekijkt deze medicatie samen met de patiënt.</p> <p>Het medisch diensthoofd van de PAAZ geeft aan dat de arts van de afdeling de aangeleverde medicatielijst van de spoeddienst of van de verwijzende dienst van een ander ziekenhuis gebruikt om de medicatieopdrachten te maken. Deze arts zal de bevraging zo nodig herhalen als de medicatie in de lijst als onzeker wordt ingeschat.</p> <p>Het medisch diensthoofd van de PAAZ geeft aan dat bij ontslag de medicatie samen met de cliënt wordt overlopen en terug wordt omgezet naar thuismedicatie. Hierbij wordt een medicatielijst meegegeven aan de cliënt. Hij toont aan hoe dit gebeurt aan de hand van enkele patiëntendossiers.</p> <p>De zorgmanagers stellen dat van alle opgenomen 65 plussers een risico-inschatting voor vallen gebeurt. Hiervoor is een screeningsinstrument gemaakt waarvan het resultaat is te vinden in het elektronisch patiëntendossier. Het document 'Zorgpad valpreventie' omschrijft dat de screening wordt uitgevoerd binnen de 48u na opname, uitgezonderd bij een overname.</p> <p>Het document 'Zorgpad valpreventie' omschrijft dat indien het resultaat positief is, er meerdere actiepunten worden uitgevoerd. Zo wordt een aandachtspunt toegevoegd in het elektronisch dossier. Daarnaast wordt gedurende drie dagen éénmaal per dag de bloeddruk liggend en staand gemeten. Bij orthostatische hypotensie wordt dit in nota's genoteerd en besproken met de behandelende arts.</p> <p>Verder krijgt de patiënt de folder valpreventie met toelichting en advies, gerichte oefentherapie, affichering en tips op de kamer en een aanduiding op het zorgbord.</p> <p>De auditor stelt vast dat bij inzage van een patiëntendossier de bevraging en verslaglegging correct werden toegepast. Daarnaast stelt de auditor vast dat op het kwaliteitsbord op de afdeling het resultaat van een meting omtrent valpreventie wordt gepresenteerd.</p> <p>Het document 'Zorgpad valpreventie' omschrijft dat elke zorgprofessional de e-learning vervolmaakt bij de start en verder jaarlijks moet volgen. Voor de opleiding werd een filmpje gemaakt.</p> <p>De auditor stelt vast dat op de PAAZ op het kwaliteitsbord de ziekenhuisbrede maandelijkse incidentie van valincidenten wordt vermeld.</p> <p>De zorgmanagers stellen dat bij elke melding van een valincident de zorgmanager samen met de hoofdverpleegkundige kijkt welke verbeteracties kunnen volgen. Van de voorgestelde verbeteracties werd een filmpje gemaakt met de naam "Valkuil".</p> <p>Het document 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' stelt dat een risicotaxatie wordt uitgevoerd bij elke opname waarbij de hulpvraag van de persoon psychologisch of psychiatrisch gerelateerd is, of waarbij een vermoeden is van de aanwezigheid van doodsgedachten en/of suïcidegedachten (bij een eerdere suïcidepoging, bij suïcidale uitingen of dreigingen, bij waarschuwingssignalen, in psychische crisissituatie, bij</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

onverwachtse veranderingen, levensgebeurtenissen, ...), en waarbij de patiënt compos mentis is. Het document 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' stelt dat bij een verhoogd risico en opname van de patiënt op een verpleegafdeling de liaison psychiatrie wordt verwittigd. In het geval de patiënt wordt opgenomen op de PAAZ, wordt deze dagelijks geëvalueerd op suïcide-risico. De hoofdverpleegkundige van de PAAZ en het document 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' stellen dat bij verhoogd risico samen met de patiënt een signaleringsplan wordt gemaakt.

Het document 'Gebruik van het identificatiebandje' stelt dat een patiënt steeds wordt geïdentificeerd aan de hand van twee gegevens, naam en geboortedatum. Het document beschrijft extra aandacht nodig bij patiënten die hun naam en/of geboortedatum niet kunnen vermelden. Als bijkomend referentiemiddel (double check) kan het bedvignet gebruikt worden. Indien het armbandje om de één of andere reden moet verwijderd worden dan brengt de verpleegkundige onmiddellijk een nieuw armbandje aan bij de patiënt. Bij toediening van de medicatie gebeurt de identificatie door het aflezen van het identificatiebandje. Deze dienstafpraak staat niet in een procedure maar in een kwaliteitsboek van de PAAZ, dat enkel fysiek aanwezig is op de PAAZ. Er gebeurt omwille van privacy-redenen geen dubbel check.

Het document 'Transfer van een patiënt intra- en extramuraal' stelt dat bij elke transfer intra- en extramuraal een transferblad wordt aangemaakt voor de overdracht. Dit is opgebouwd volgens de ISBARR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback) methode.

De hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige van de PAAZ stellen dat de overdracht steeds volgens ISBARR gebeurt met een overdracht document als de patiënt wordt opgenomen op de PAAZ of van de PAAZ de dienst verlaat. De auditor stelt vast dat bij de overdracht de ISBARR systematiek correct wordt toegepast. De auditor stelt vast dat op alle bezochte klinische afdelingen visualisaties van de ISBARR methodiek zijn geplaatst onder de vorm van mousepad 's op de bureaus en werkbladen aan de computers. Het document 'Transfer van een patiënt intra- en extramuraal' stelt dat er verschillende soorten transfer documenten worden gebruikt voor transfer vanuit respectievelijk de spoeddienst, intensieve zorgen, het operatiekwartier en bij externe transfer. Een zorgmanager stelt dat het toerformulier van de verpleging wordt gebruikt op de afdelingen abdominale heelkunde, orthopedie en de operatiefiche wordt gebruikt naar het operatiekwartier. De methodiek van overdracht gebeurt steeds volgens de ISBARR methodiek. De auditor stelt vast dat bij overdracht op diverse momenten en locaties de ISBARR methodiek correct wordt gebruikt en een verpleegkundige de systematiek grondig kon toelichten. Hierbij werd de zorgoverdracht gevolgd bij het arriveren van de patiënt in het operatiekwartier, in de operatiezaal en postoperatief in de recovery, alsook bij vertrek van een patiënt vanuit de dienst spoedgevallen. Het document 'Transfer van een patiënt intra- en extramuraal' stelt dat er een digitaal sjabloon beschikbaar is in het elektronisch patiëntendossier dat kan worden gebruikt. Een zorgmanager stelt dat hiervoor opleidingen worden gegeven met als doel op termijn de overdracht door iedereen uniform te laten gebeuren via het elektronisch patiëntendossier.

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

## 5.2.6 Infectiepreventie en -bestrijding

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Infectiepreventie en -beheersing</b>	Maatregelen door medisch personeel in gezondheidsinstellingen om het overdragen en oplopen van infectieverwekkers te verminderen.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft het kritisch proces infectiepreventie en -beheersing beoordeeld op basis van gesprekken met het team ziekenhuishygiëne (twee artsen hygiënisten en een verpleegkundige hygiënist) en de delegatie van het comité van ziekenhuishygiëne. Naast de gesprekken heeft de auditor observaties op diverse verpleegeenheden gedaan. Meerdere documenten zijn ingekeken.</p> <p>Het team ziekenhuishygiëne heeft het infectiepreventie en – beheerbeleid voorgesteld in het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft 30 referentieverpleegkundigen infectiepreventie. De doelstelling is in de toekomst hen een duidelijke rol en verantwoordelijkheid toe te wijzen. Deze referentieverpleegkundigen worden niet expliciet vrijgesteld.</p> <p>Op de afdelingen worden interne audits uitgevoerd via de Quik check en de VIR check waar alle vereiste instellingsrichtlijnen maandelijks worden gecheckt bij vijf willekeurige patiënten, dit gebeurt de eerste 15 dagen van de maand, vanaf 16<sup>e</sup> dag wordt gewerkt aan de feedback en rapportering.</p> <p>Op de diensten revalidatie en dagziekenhuis heeft de auditor vastgesteld dat de feedback van deze screening zijn uitgehangen. De hoofdverpleegkundigen brengen dit aanbod in hun teamvergaderingen. Bij nazicht van de verslagen van het comitéinfectiepreventie wordt vastgesteld dat in deze verslagen geen enkele rapportering van cijfers (interne toetsing) terug te vinden is in het verslag. De PCDA cyclus m.b.t. tot de bespreking van indicatoren is nog niet volledig doorontwikkeld. Bijvoorbeeld de bespreking antimicrobiële resistentie vinden we niet terug in de ontvangen verslagen.</p> <p>Het beleid omtrent Covid patiënten is uitgeschreven met onder andere het isolatiebeleid en persoonlijke beschermingsmiddelen. Afspraken zijn helder wanneer men overgaat tot cohorteren.</p> <p>Tijdens de observaties doorheen het ziekenhuis heeft de auditor vastgesteld dat alle nodige middelen beschikbaar zijn om de handhygiëne correct toe te passen. De handhygiëne wordt door alle medewerkers correct uitgevoerd.</p> <p>De zorggerelateerde infecties worden opgevolgd en de cijfers zijn beschikbaar.</p> <p>Het team ziekenhuishygiëne wordt op geregelde tijdstippen geraadpleegd zoals bijvoorbeeld in functie van verbouwingen aan de campus in Blankenberge.</p> <p>Voor de opvolging van de wasserij zijn tal van documenten ter beschikking. De auditor heeft vastgesteld dat medewerkers van het ziekenhuis op bezoek zijn geweest.</p> <p>Tijdens het gesprek met de teamcoach onderhoud en verantwoordelijke onderhoud is aangegeven dat de verpleegkundigen op een correcte manier melding maken van de besmette kamers of besmette zalen in het operatiekwartier. In het gesprek met de medewerker van het onderhoud stelt de auditor vast dat de medewerker kennis heeft van de onderhoudsprocedure bij besmette kamers.</p> <p>Tijdens alle bezoeken stelt de auditor vast dat alle ruimtes kraaknet zijn gereinigd en er een respectvolle houding is ten overstaan van de medewerker van het onderhoud.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.7 Intramurale zorg

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft het kritieke proces intramurale zorg geaudit op de dienst revalidatie-psychogeriatric via een gesprek met de geneesheer en de hoofdverpleegkundige. De dubbel check is uitgevoerd op het abdominaal centrum waar met twee verpleegkundigen is gesproken die recent in het ziekenhuis zijn aangeworven.</p> <p>De procedure voor medicatieverificatie wordt op beide diensten toegepast. Bij opname van de patiënt wordt de thuismedicatie overlopen met de patiënt. Sommige patiënten hebben het schema mee, andere patiënten hebben de thuismedicatie mee in de medicatiezak.</p> <p>Op de afdeling revalidatie brengt de arts de medicatie zelf in in het patiëntendossier zodat de medicatie onmiddellijk is gevalideerd.</p> <p>De auditor stelt vast dat alle auditees kennis hebben van de Norton schaal om het risico van decubitus bij iedere patiënt in kaart te brengen. Tevens zijn de richtlijnen voor decubituspreventie gekend en hebben de auditees kennis van het gebruik van alternerende matrassen. In de VIR scans worden ook de metingen voorzien van decubitus zodat opvolging en bijsturing mogelijk is.</p> <p>De auditor stelt vast dat alle auditees op de hoogte zijn van de valpreventie maatregelen en het beleid hierover. Het begrip 'Valkuil' vinden medewerkers terug in de kwaliteitsklapper en is door iedereen gekend. De kennis omtrent vallen is mee opgenomen in de VIR scan.</p> <p>Het vallen wordt gemeld via het incidentmeldsysteem en maakt 35 % uit van alle incidentmeldingen in het ziekenhuis.</p> <p>De auditor stelt vast in de gesprekken dat alle ondervraagden op de hoogte zijn van de tromboseprofylaxie. Er is een ziekenhuisbreedbeleid uitgeschreven omtrent tromboseprofylaxie.</p> <p>De auditor heeft zowel op de diensten revalidatie, het ambulante centrum, endoscopie en medische beeldvorming vastgesteld dat steeds consistent de patiënt wordt bevraagd naar de naam en de geboortedatum. Alle opgenomen patiënten dragen steeds een identificatiebandje.</p> <p>De auditor heeft in de gesprekken op de afdelingen revalidatie en abdominaal centrum vastgesteld dat de informatieoverdracht ziekenhuisbreed via ISBARR methode gebeurt. Sommige verpleegkundigen gebruiken de kwaliteitsklapper als geheugensteuntje, ook de artsen zijn op de hoogte van deze systematiek van informatieoverdracht.</p> <p>In de gesprekken heeft de auditor bevraagd hoe de medewerker het beleid rond de vereiste instellingsrichtlijn in het ziekenhuis aanleert. De nieuwe medewerkers hebben een verplicht opleidingstraject onder andere via e-learnings zodat ze kennis hebben van het ziekenhuis beleid. Iedere medewerker heeft zicht op zijn vormingsmomenten die hij heeft gevolgd, welke online beschikbaar is.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

### 5.2.8 Kritieke zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast dat na overleg met de hoofdverpleegkundige van de afdeling intensieve zorgen en op basis van dossierinzage dat de afdeling voldoet aan de vereiste instellingsrichtlijnen.</p> <p>De auditor stelt vast dat de medicatieverificatie bij opname op de afdeling intensieve zorgen wordt aangelegd op basis van de actuele lijst die beschikbaar is gesteld door de doorsturende dienst (spoed of andere verblijfsafdeling). De medicatielijst wordt gevalideerd door de arts bij opname op de afdeling intensieve zorgen.</p> <p>Op de afdelingen intensieve zorgen van beide campussen worden er minimaal twee persoonsgebonden parameters gebruikt om te controleren of de zorg voor hen bestemd is. De hoofdverpleegkundige licht de methode toe die wordt toegepast bij het verifiëren van de identiteit van patiënten die niet aanspreekbaar zijn. Dit gebeurt onder andere door het identificatiebandje te vergelijken met de foto in het patiëntendossier of het bevragen van de identiteit bij familie van de patiënt.</p> <p>De overdracht van zorg gebeurt aan de hand van een briefingsblad dat is opgesteld volgens ISBARR. De auditor stelt vast dat dit een verbeterproject betreft dat door het team van intensieve zorgen is uitgewerkt en wordt nageleefd.</p> <p>Ter voorkoming van valpartijen en het verminderen van het risico op vallen worden voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd en regelmatig bijgestuurd.</p> <p>De hoofdverpleegkundige toont in het dossier dat bij iedere patiënt het risico op decubitus drie keer per dag wordt beoordeeld. Standaard worden de nodige maatregelen ter voorkoming van decubitus getroffen en geregistreerd.</p> <p>Patiënten met een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie worden geïdentificeerd en maatregelen worden getroffen om de juiste profylaxe aan de patiënt te bezorgen in opdracht van de intensivist.</p> <p>De auditor stelt vast dat de hoofdverpleegkundige van de afdeling intensieve zorgen trots de coachkamer aan de ingang van de afdeling toont. Deze kamer biedt de mogelijkheid om een partner of familielid van een recent opgenomen patiënt in alle rust te laten overnachten nabij hun dierbare.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.9 Oncologische zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast in overleg met de hoofdverpleegkundige van het dagziekenhuis oncologie en verpleegkundigen, cliënten, dat de vereiste instellingsrichtlijnen voor het kritisch proces oncologische zorg zijn behaald.</p> <p>Medicatieverificatie wordt uitgevoerd in overleg met de cliënten en hun familie om bij zorgoverdrachten accurate en volledige informatie te verstrekken.</p> <p>Medicatieverificatie wordt uitgevoerd in overleg met de cliënten en hun familie om bij ambulante zorgbezoeken accurate en volledige informatie te verstrekken over medicatie, wanneer medicatiebeheer een belangrijke component van de zorg vormt.</p> <p>Ter voorkoming van valpartijen en ter vermindering van het risico op valletsels worden er universele voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd, wordt er voorlichting en informatie verstrekt en worden de activiteiten geëvalueerd.</p> <p>Interne cliënten met een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie worden geïdentificeerd en er wordt voor de juiste tromboseprofylaxe gezorgd.</p> <p>Bij iedere cliënt wordt het risico op decubitus beoordeeld en worden er maatregelen ter voorkoming hiervan geïmplementeerd.</p> <p>In overleg met de cliënten en hun familie worden er minimaal twee persoonsgebonden parameters gebruikt om te controleren of cliënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd.</p> <p>De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p>De auditor stelt vast dat het dagziekenhuis oncologie een schoonheidsspecialiste in dienst heeft voor oncologische cliënten van deze dienst en binnen het ziekenhuis.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.10 Peri-operatieve zorg en invasieve ingrepen

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor heeft de normenset peri-operatieve zorg geaudit in het operatiekwartier, twee operatiezalen en op de preoperatieve raadpleging in gesprek met de zorgmanager, twee spoedartsen, de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier, twee anesthesisten, een aangezichtschirurg en een orthopedisch chirurg en een verpleegkundige van de preoperatieve raadpleging.</p> <p>De auditor stelt vast dat voor de medicatieverificatie van de peri-operatieve patiënten er verschillende mogelijkheden zijn. Er is een methode voor de patiënten die worden opgenomen via de dienst spoedgevallen. Hierbij gebeurt de bevraging en verslaglegging van de thuismedicatie door de spoedarts. Sinds begin september is er drie dagen per week tijdens de daguren een klinisch apotheker aanwezig op de spoeddienst.</p> <p>Sinds het voorjaar van 2022 is een preoperatieve consultatie gestart. Indien een patiënt nood heeft aan een orthopedische operatie, wordt de patiënt doorverwezen naar deze dienst preoperatieve consultatie. Hiertoe gebruikt de orthopedisch chirurg het document 'Briefingblad electieve ingreep' dat hij zo volledig mogelijk invult. Een bevroagde verpleegkundige van deze dienst neemt dan contact op met de patiënt. De patiënt wordt gevraagd om naar de huisarts of naar de huisapotheek te gaan om een actuele medicatielijst te laten opmaken en deze te bezorgen aan de verpleegkundige. Bij gebrek hieraan gebeurt de medicatiebevraging door de verpleegkundige van de preoperatieve consultatie. Hierbij gebruikt ze bij de bevraging van de patiënt een medicatielijst die samen met de patiënt wordt ingevuld en medische verslagen die ze kan terug vinden in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>Initieel was de preoperatieve consultatie zonder afspraak en kon de patiënt na de consultatie direct doorlopen naar de preoperatieve consultatie. Sinds enkele weken is deze overgeschakeld naar ingeplande afspraken waarbij de patiënt wordt opgebeld voor inplannen van een consultatie. Voor kleine ingrepen van patiënten met weinig of geen thuismedicatie dient de patiënt soms niet op preoperatieve consultatie te komen. Dan wordt het dossier telefonisch aangevuld.</p> <p>Het document 'Decubituspreventie' stelt dat bij opname van een chirurgische patiënt vanaf 15 jaar de Norton score wordt bepaald binnen 24 uren na opname. De registratie ervan gebeurt in het elektronisch patiëntendossier.</p> <p>Het document 'Decubituspreventie' stelt dat bij opname van een chirurgische patiënt vanaf 15 jaar de Norton-score elke week wordt bepaald. Daarnaast wordt dagelijks bij elke patiënt tijdens de verzorging de huid geïnspecteerd. Hierbij wordt extra aandacht besteed bij patiënten met verminderde mobiliteit.</p> <p>Het document 'Decubituspreventie' omschrijft uitgebreide aanbevelingen die zijn gebaseerd op de Quick reference guide EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel).</p> <p>Het document 'Decubituspreventie' stelt dat vanaf Norton-score kleiner dan 17 aan de hand van de folder 'Decubitus' informatie wordt gegeven aan de patiënt en familie omtrent decubituspreventie.</p> <p>Enkele verpleegkundigen geven aan dat ze regelmatig een VIR scan omtrent het decubitusbeleid doen waarbij vijf patiënten worden bekeken.</p> <p>Eénmaal per jaar krijgen de zorgeenheden een aangekondigde screening omtrent decubituspreventie. Verder gebeurt tweemaal per jaar een dossier analyse omtrent decubituspreventie.</p> <p>De hoofdverpleger toont aan dat in het operatiekwartier alle operatietafels zijn uitgerust met een speciale anti-decubitus matras, die de vroegere gelkussens vervangt.</p> <p>Het document 'Tromboseprofylaxe' stelt dat bij iedere patiënt die wordt opgenomen in AZ Zeno tromboseprofylaxie dient te worden overwogen.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

Als beslist wordt dat een patiënt tromboseprofylaxie moet krijgen, wordt het standaard toedieningsbeleid van AZ Zeno gevolgd. Op basis van individuele anamnese van de patiënt kan hiervan door de behandelende arts afgeweken worden en dient de afwijking steeds gedocumenteerd te worden in het patiëntendossier.

Een anesthesist geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor beslissing van tromboseprofylaxe perioperatief bij de chirurg ligt. De anesthesist geeft aan dat er naast het ziekenhuisbreed beleid enkele afspraken zijn met enkele orthopedisch chirurgen die bij specifieke ingrepen en bij specifieke orthopedisch chirurgen afwijken op de ziekenhuisbrede procedure. De postoperatief toe te dienen tromboseprofylaxe medicatie wordt aan het einde van de ingreep opgestart door de anesthesist conform gemaakte afspraken.

De auditor stelt vast dat zowel in het operatiekwartier als op de preoperatieve kamer en de recovery bij elk patiëntencontact de naam en geboortedatum van de patiënt wordt gevraagd. Dit wordt gecontroleerd op het identificatie armbandje van de patiënt en/of het medisch patiëntendossier.

De auditor stelt vast dat bij de zorgovergang van preoperatieve consultatie naar opname, van de verpleegafdeling naar het operatiekwartier, van de operatiezaal naar de recovery steeds gebruik wordt gemaakt van een dossier waarop de nodig informatie is op samengevat. Dit formulier is steeds gestructureerd volgens de ISBARR methodiek en wordt op gestructureerde wijze luidop overgedragen in aanwezigheid van de patiënt.

De auditor stelt vast dat voor aanvang van de ingrepen een sign-in en time out procedure luidop en volledig worden uitgevoerd.



Datum: 2 december 2022	Status: definitief	AZ Zeno	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	---------	-----------------

### 5.2.11 Revalidatie

Kritisch proces	Omschrijving
Zorgverlening	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast in overleg met de hoofdverpleegkundige van de gespecialiseerde afdeling (SP) pneumo-cardiorevalidatie, verpleegkundigen, logistiek medewerker en in gesprek met cliënten, dat aan alle vereiste instellingsrichtlijnen is voldaan.</p> <p>Medicatieverificatie wordt uitgevoerd in samenspraak met de cliënten en hun familie om bij zorgoverdrachten accurate en volledige informatie te verstrekken over medicatie.</p> <p>Om vallen te voorkomen en het risico op valletsels te verkleinen, worden er universele voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd, wordt er voorlichting en informatie verstrekt en worden de activiteiten geëvalueerd.</p> <p>Bij iedere cliënt wordt het risico op decubitus beoordeeld en worden er maatregelen ter voorkoming hiervan geïmplementeerd.</p> <p>In samenspraak met de cliënten en hun familie worden er minimaal twee persoonsgebonden parameters gebruikt om te controleren of cliënten de zorg ontvangen die voor hen is bestemd.</p> <p>De informatie die relevant is voor de zorgverlening aan een cliënt, wordt effectief gecommuniceerd bij de zorgoverdracht.</p> <p>De dienst SP pneumo-cardiorevalidatie maakt gebruik van een pictogrammenbord zodat paramedici, andere zorgverleners, patiënt en familie worden geïnformeerd over relevante zorgitems van de patiënt. Dit draagt volgens de hoofdverpleegkundige bij tot een betere zorgverlening en tevredenheid van cliënten.</p> <p>De auditor stelt vast dat men pedagogische cartoons gebruikt om cliënten bewust te maken van valrisico's.</p> <p>De auditor stelt vast dat het beleid zorgpersoneel informeert via videomateriaal die betrekking heeft op valpreventie.</p> <p>De auditor stelt vast dat de dienst SP pneumo-cardiorevalidatie met eenvoudige communicatiemiddelen zorgactiviteiten organiseert. Een voorbeeld hiervan is de steekkaart voor kinesitherapie.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

### 5.2.12 Spoedeisende hulp

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast dat na overleg met de hoofdverpleegkundige van de spoedgevallendienst, twee spoedartsen, drie spoedverpleegkundigen en de klinisch apotheker, twee gesprekken met patiënten en op basis van dossierinzage de afdeling voldoet aan de vereiste instellingsrichtlijnen.</p> <p>De klinisch apotheker op de spoedgevallendienst van Campus Knokke toont de auditor de werkwijze waarop de medicatieverificatie voor patiënten met een opname-indicatie verloopt. De auditor stelt vast dat een actuele medicatielijst wordt opgesteld en gedocumenteerd in het patiëntendossier o.b.v. minstens twee betrouwbare bronnen (vnl. via de patiënt zelf, de huisarts, thuisverpleegkundige, thuisapotheek). De inschakeling van de klinisch apotheker voor de medicatieverificatie bij opname wordt door de auditoren als een meerwaarde beschouwd naar de werking en ondersteuning van de medewerkers.</p> <p>De spoedverpleegkundigen tonen aan dat patiënten met een psychologische of psychiatrische hulpvraag of bij vermoeden van dood-/suïcidedgedachten worden beoordeeld en geobserveerd o.b.v. het suïcideniveau. Afhankelijk van het suïcide-niveau worden de nodige interventies getroffen. De verpleegkundigen tonen de registratie hiervan in het patiëntendossier.</p> <p>De hoofdverpleegkundige geeft aan dat de identiteit van de patiënt op spoed wordt geverifieerd aan de hand van minstens twee persoonsgebonden parameters.</p> <p>Door het bijwonen van een overdrachtsmoment op spoed stelt de auditor vast dat de informatie rond de zorg voor de patiënt effectief gecommuniceerd wordt a.d.h.v. de ISBARR-methodiek.</p>	

### 5.2.13 Transfusiediensten

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>De auditor stelt vast tijdens een tracer omtrent bloedtransfusie, samen met twee verpleegkundigen van het daghospitaal oncologie, dat er minimaal twee persoonsgebonden parameters worden gebruikt. Men bevraagt de patiënt naar naam, voornaam en geboortedatum. Tevens verifieert men tijdens deze ID (identiteit)-bevraging het polsbandje van de patiënt.</p>	

Datum: 2 december 2022	Status: definitief	<b>AZ Zeno</b>	Qualicor Europe
---------------------------	-----------------------	----------------	-----------------

#### 5.2.14 Verloskundige zorg

Kritisch proces	Omschrijving
<b>Zorgverlening</b>	Gezondheidsdiensten verleend voor een medisch probleem vanaf het eerste consult met een zorgverlener tot aan de afronding van het laatste consult met betrekking tot het probleem.
<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>Op de afdelingen materniteit, de verloskamer en de neonatologie stelt de auditor vast na gesprek met de hoofdvroedvrouw, de gynaecoloog en twee patiënten en op basis van inzage van het patiëntendossier dat alle nalevingstesten voor de normenset verloskundige zorg zijn behaald.</p> <p>De auditor stelt vast na gesprek met de gynaecoloog en de hoofdvroedvrouw dat een time-out procedure gebruikt wordt bij elke sectio om te controleren of alle veiligheidsstappen voor de ingreep in de operatiekamer zijn genomen. Tijdens de auditperiode heeft geen sectio plaatsgevonden, waardoor de auditor de time-outprocedure tijdens een sectio niet heeft kunnen observeren.</p> <p>De auditor stelt vast dat de zorgoverdracht effectief gecommuniceerd wordt a.d.h.v. de briefingslijst in het patiëntendossier. Het betreft een document waar de nodige informatie gestructureerd wordt weergegeven. De hoofdvroedvrouw licht toe dat dagelijks ook belangrijke 'patiëntenweetjes' (bv. nieuwe opname) en 'algemene weetjes' (bv. defect toestel) worden meegedeeld aan het team via de briefingslijst. Bij transfer naar een NIC (neonato intensive care) of MIC (Maternal Intensive Care) in een andere zorginstelling stelt de auditor vast dat gebruik gemaakt wordt van zowel een gestandaardiseerd transferblad en een ontslagbrief van de arts.</p> <p>De hoofdvroedvrouw toont a.d.h.v. het dossier aan dat een actuele medicatielijst in overleg met de patiënt, wordt aangelegd en gedocumenteerd in het medicatiebeheersysteem. Bij ontslag ontvangt de patiënt een accurate en actuele medicatielijst via een mondelinge en schriftelijke toelichting conform een ontslagbrochure opgesteld in samenwerking met de omliggende ziekenhuizen.</p> <p>Ter voorkoming van valpartijen worden de nodige voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd voor de patiënten (cfr. Zorgpad vallen). De hoofdvroedvrouw geeft aan dat alle patiënten worden geïnformeerd aan de hand van de brochure rond vallen en het valkuil-filmpje.</p> <p>De hoofdvroedvrouw meldt dat de identiteit van de patiënt gecontroleerd wordt d.m.v. naam, voornaam en geboortedatum. De auditor stelt vast, na gesprek met de patiënten, dat de identiteit van de patiënt actief bevraagd wordt a.d.h.v. bovenvermelde persoonsgebonden parameters.</p>	